

450
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N

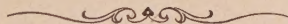
POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 21 Juillet 1906, à une heure.

PAR

Louis LEMARQUAND



SCARLATINE MATERNELLE
ET
NOURRISSONS

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges { MM. RAYMOND, professeur.
THIROLOIX, agrégé.
JEANSELME, agrégé.

Jeudi 19 Juillet 1906,

PARIS

Imprimerie de la Presa Esperantista Societo

33, Rue Lacépède, 33

1906



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le DOCTEUR HUTINEL

Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Pour l'honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de
notre thèse.



M. le docteur Martin, médecin de l'hôpital Pasteur, dont nous suivons le service depuis bientôt trois ans, a attiré notre attention sur ce fait que le nourrisson ne prend pas la scarlatine de sa mère. Il nous a conseillé d'étudier ce sujet dans notre thèse. Nous avons accueilli avec plaisir cette proposition et nous nous faisons un devoir de reconnaître l'intérêt qu'il nous a témoigné pendant ces trois années ; ses conseils et les documents qu'il nous a donnés ont simplifié notre tâche.

Tous nos remerciements vont également à M. le docteur Veillon, qui a été notre maître dès le début de nos études et auprès duquel nous avons toujours trouvé plus que de la bienveillance.

Nous n'oublions certes pas nos maîtres, MM. Lucas Championnière, Champetier de Ribes, Brocq, Mathieu, Jeanselme, Marion. Leur enseignement nous a guidé dans les services hospitaliers : nous leur en exprimons notre profonde reconnaissance.

I

Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer la rareté de la scarlatine dans la première enfance. Les traités classiques mentionnent en effet qu'à cet âge, les enfants ont une moins grande prédisposition à la maladie. De même il n'est pas rare, en parcourant les relations d'épidémies, de constater qu'on n'y enregistre pas de cas au-dessous d'un an.

Au cours de ce travail, nous resterons, volontairement, dans les limites de la première année ; au delà, en effet, la maladie devient beaucoup plus fréquente : il n'y a guère de statistiques de scarlatine où l'on ne voie figurer des enfants de 15 ou 18 mois, et d'autre part, comme très fréquemment, à cet âge, l'allaitement maternel a été supprimé, en nous livrant à l'étude de cas de ce genre, nous serions sorti de l'objet de notre thèse.

Donc, on admet que la scarlatine reste, chez l'enfant de moins d'un an, d'une extrême rareté, et sans remonter aux travaux anciens, nous pouvons mentionner quelques thèses ou articles récents dans lesquels cette opinion trouve confirmation.

M. Couatarmanach, dans sa thèse sur la scarlatine apyrétique, ne relate aucun cas chez l'enfant au-dessous d'un an.

M. de Saint-Paul, en 1903, étudie 300 enfants scar-

latineux. Tous ont plus d'un an. Un seul bébé d'un mois, a présenté un érythème de cause inconnue. Voici, d'ailleurs, l'observation résumée de l'auteur : « C...S..., âgée d'un mois, n'a pas eu la scarlatine. Elle présentait sur la face et tout le corps une rougeur uniforme, sans caractères, à son entrée le 14 novembre. Sortie, le 29 novembre, sans que rien en faveur de la scarlatine ait été observé. »

Il en est de même de M. Vialle qui rapporte, en 1900, 266 cas de scarlatine chez les enfants. Tous sont âgés de plus de deux ans, sauf un nourrisson qui fit une scarlatine à 16 mois.

MM. Welch et Schamberg, de Philadelphie, dans leur traité *Acute contagious diseases* écrivent : « L'âge est un facteur très important dans la détermination de la susceptibilité à la fièvre scarlatine. C'est un fait d'observation générale que les enfants au-dessous d'un an présentent une moins grande disposition à contracter la scarlatine. Ceci est encore plus vrai des nourrissons au-dessous de 6 mois, et chez les enfants au-dessous de trois mois la scarlatine est excessivement rare. »

II

Cette affirmation est-elle rigoureusement exacte ? Nous ne le pensons pas, et notre opinion se base, comme on le verra, sur de nombreuses statistiques.

Dans ce même traité américain dont nous parlions tout à l'heure, les auteurs mentionnent que M. Fleischmann a vu des scarlatines à partir de 6 mois, M. Eulen-

berg à partir de 9 mois, M. Thomas à partir de 5 mois. M. Senfft en cite un cas au-dessous d'un an, M. Gaupp en cite deux, M. Haller en a observé un cas à 5 mois, M. Voit un cas à deux mois et demi, M. Kupfer un à deux mois et M. Veit un à 2 semaines. Il est juste de faire remarquer, comme le font MM. Welch et Schamberg, que ces quelques cas sont peu de chose si l'on considère le grand nombre de malades observés par les auteurs précités.

Dans une statistique de la mortalité par scarlatine en Norvège de 1862 à 1878, et qui porte elle aussi sur un total imposant, M. Johannesen montre que la mortalité des jeunes enfants a été assez grande puisqu'il en rapporte 93 cas, qui se dénombrent de la façon suivante : de 2 à 3 mois, 3 cas ; de 4 à 6 mois, 12 cas ; de 7 à 12 mois, 78 cas.

La statistique anglaise de M. Murchison est également intéressante : elle ne s'occupe que de la mortalité et porte sur un total de 148.829 cas. Il y a 9.999 enfants au-dessous d'un an, soit environ 6,7 %.

« Dans notre expérience personnelle, ajoutent MM. Welch et Schamberg, nous avons trouvé que sur 5.000 cas de scarlatine admis à l'hôpital municipal de Philadelphie, près de 1 % consiste en enfants âgés de moins d'un an, soit près de 50 cas. »

M. Caiger, in *The Lancet* (1891), analyse 1.008 cas de scarlatine entrés à South-Western-Hospital en 1890 et signale 8 cas de 0 à 1 an, soit également près de 1 %.

Nous ne trouvons pas en France de statistiques de cette importance : il est assez naturel de voir les gros chiffres en matière de scarlatine, venir d'Allemagne, d'Amérique, ou d'Angleterre où la maladie est plus

grave, les épidémies plus nombreuses et plus meurtrières.

Mais les faits que nous avons trouvés en feuilletant la littérature française n'en sont pas moins intéressants : nous y verrons en particulier que la proportion de 1 %, indiquée par MM. Caiger, Welch et Schamberg s'y retrouve sensiblement.

Bien entendu, nous n'avons nullement songé à réunir absolument tous les cas de scarlatine au-dessous d'un an. Nous avons pensé qu'il suffisait d'en grouper un certain nombre, assez imposant d'ailleurs puisqu'il dépasse 10.000, pour montrer que la maladie dans le premier âge est moins rare qu'on ne le croit généralement.

Senn, dans sa thèse (1825), décrit une épidémie de scarlatine à la Maternité. Il y dit que les nouveau-nés, isolés de leurs mères scarlatineuses, mais qu'on avait gardés à la Maternité quelques jours pour y être vaccinés présentèrent bientôt tous les signes de la scarlatine.

Noirot, dans son *Histoire de la Scarlatine*, nous dit bien que dans l'épidémie de Hanau (1819) les enfants au-dessous de 8 mois restèrent indemnes, mais il ne dit pas s'il y eut des cas de 8 à 12 mois : le texte de sa phrase peut tout au moins le faire supposer.

Dans le même ouvrage, Noirot cite le fait observé par Potier (1844) qui « prouve que la scarlatine peut se communiquer aussitôt que l'exanthème a paru. Il s'agit d'un enfant nouveau-né dont la mère fut le lendemain de l'accouchement prise de scarlatine. L'enfant, isolé immédiatement du sein maternel, n'en contracta pas moins la maladie qui fut très intense et qu'il supporta

fort bien, tandis que la mère mourait le quinzième jour. »

Bernouilli, de Bâle, a observé la scarlatine chez un enfant de 3 semaines et chez une petite fille de 2 mois.

Lesage, dans sa thèse (1877), décrit également une épidémie de scarlatine à la Maternité. Sa première observation est celle d'un enfant de 2 mois, nourri au sein, atteint de scarlatine. Celui-ci a communiqué la maladie à sa mère qui était entrée dans la maison comme nourrice, et c'est de ces deux cas qu'est née l'épidémie que décrit l'auteur. Cette observation est également citée dans la thèse de M. Legendre (1881).

La thèse de M. Meyer (Paris, 1886-1887) relate également deux observations qui nous intéressent : l'une (de Bohn) nous présente un enfant d'un an, nourri au biberon, qui fait une scarlatine hémorragique, meurt après avoir contagionné sa sœur qui eut une scarlatine normale. L'autre observation, personnelle, est celle d'un enfant de 8 mois, élevé au sein, qui prend la scarlatine d'un autre enfant scarlatineux précédemment soigné dans la même chambre.

M. Damain nous raconte (thèse, 1891) le fait suivant dont il doit l'observation aux docteurs Bloch et Vicente :

D..., enfant de 5 mois, élevé au sein, atteint de scarlatine. L'éruption prédomine aux cuisses et sur le bas-ventre, peu prononcée aux autres parties du corps, et presque absente à la face.

Pas d'albuminurie. Léger catarrhe de la gorge et congestion tubulaire des reins ; car les urines ont été supprimées pendant quelque temps.

Vers le 2^e jour de l'éruption, la fièvre augmente pendant la nuit, l'enfant est très agité. Le lendemain, vers 2 heures, il est atteint de convulsions cloniques qui

durent environ 18 minutes. La température prise à ce moment est de 43° (température rectale prise trois fois avec trois thermomètres différents et reconnus exacts).

Bain sinapisé sous-tiède de 5 minutes. Aspersion à l'éponge avec l'eau du bain, etc.

Le 26^e jour, l'enfant part à la campagne complètement guéri.

M. Legendre, à la Société médicale des Hôpitaux (1895) communique également une observation, sur laquelle d'ailleurs nous reviendrons, où l'on voit une femme atteinte de scarlatine, et son enfant nourri au sein jusque-là, mais qu'on isole de sa mère à l'arrivée à l'hôpital, à cause de l'état inquiétant de celle-ci, et qui contracta la maladie 18 jours après. M. Legendre fait remarquer à ce propos la longueur de l'incubation.

M. Appert, dans son article sur la Scarlatine à l'hôpital des Enfants Malades pendant l'année 1895 présente une statistique de 256 cas : on y trouve deux enfants au-dessous d'un an : l'un de 6 mois, l'autre de onze mois.

M. Comby, dans la statistique qu'il communique à la Société médicale des Hôpitaux en 1897, présente 500 cas de scarlatine soignés à l'hôpital Trousseau en 1896. Nous y voyons 3 cas au-dessous de 12 mois. La même statistique est étudiée par Charpentier dans sa thèse (1897).

M. Navarre (thèse, 1900), sur un total de 243 cas de scarlatine chez les enfants, nous montre deux cas au-dessous d'un an.

En 1900, M. Chausserie-Laprée signale la fréquence et la gravité de la rhinite purulente dans la scarlatine. Nous y glanons deux observations : la première, due à

M. le professeur Roger, est celle d'un enfant, allaité par sa mère « qui a été atteint d'une affection essentiellement caractérisée par un coryza purulent, et deux jours après par un érythème scarlatiniforme. L'enfant mourut sans qu'on eût fait un diagnostic : on avait seulement constaté la présence presque à l'état de pureté du streptocoque dans l'écoulement nasal. Trois jours plus tard, la mère était prise d'une scarlatine typique qui permettait ainsi un diagnostic rétrospectif. » La seconde observation, tirée du service de M. Roger, est celle d'un enfant de 5 mois ; nous aurons à y revenir.

M. Bonnaves, dans sa thèse inaugurale (Toulouse, 1902-1903), étudie les causes de la mortalité des enfants de 0 à 1 an. En 1893, la scarlatine cause un décès sur 500 morts. En 1894, 1896, 1897, aucun décès dû à la scarlatine. En 1895, un décès par scarlatine sur 550 morts. En 1898, un décès sur 435 ; en 1900, un décès sur 417.

M. John Allan (*British. med. Jour.*, mars 1905) rapporte un cas de scarlatine chez un enfant de 3 semaines. L'observation, quoique courte, est typique :

L'enfant est amené à l'hôpital comme érysipèle du scrotum et des cuisses. En questionnant la mère, on apprend que l'enfant, depuis deux jours, a eu de la fièvre, qu'il est triste et qu'il a vomi. Les jambes sont plus rouges que normalement. On le déshabille et on voit que les membres supérieurs et tout le corps présentent une teinte rouge éclatante. La gorge était rouge et injectée, et il y avait une langue framboisée typique. La température axillaire atteignait presque 102 F. L'enfant entre à l'hôpital. Là, la température tomba bientôt et 3 jours après la desquamation caractéristique commença autour des oreilles et du cou. L'enfant guérit

rapidement et quitta l'hôpital 5 semaines après son entrée.

M. Sevestre, à la Société médicale des Hôpitaux, en février 1906, communique 234 cas de scarlatine observés à l'hôpital Bretonneau en 1905. Il s'agit, dit l'auteur, d'enfants de tout âge, mais surtout de deux à trois ans. Nous ne savons pas si cette statistique contient des cas au-dessous d'un an.

M. Guinon (Traité de Médecine), a observé lui aussi plusieurs cas de scarlatine chez des enfants au-dessous d'un an à l'hospice des Enfants-Assistés.

Nous-même, à l'hôpital Pasteur, dans le service du D^r Martin, nous avons pu en voir deux cas.

Dans le premier, il s'agit d'un enfant de 4 mois qui a pris la scarlatine de son père, et qui fit une scarlatine normale.

Le second cas est tout à fait typique : de plus, la mère a été contagionnée par son enfant, ce qui assure encore le diagnostic :

Fernand L..., 15 jours, nourri au sein, entre avec sa mère à l'hôpital Pasteur, le 5 mai 1906.

Il est malade depuis 2 jours. La mère a d'abord remarqué que l'enfant éternuait, toussait et que ses yeux étaient rouges. Il était naturel de penser qu'on allait avoir affaire à une rougeole.

Mais l'éruption, qui est survenue au 3^e jour, n'est nullement morbilleuse. Au moment de son entrée, l'enfant est uniformément rouge avec, sur l'abdomen, un piqueté plus foncé. Il y a en même temps une desquamation qui a commencé quelques jours après la naissance. C'est la desquamation des nouveau-nés, antérieure par conséquent à la maladie actuelle.

La gorge et le pharynx sont rouges. La toux est assez fréquente. Il n'y a pas d'accélération de la respiration. T° à l'entrée 38°6. Le lendemain matin, 39°2. Selles diarrhéiques, nombreuses, vertes, ventre ballonné.

• L'état de l'enfant, deux jours après, semble s'être amélioré, malgré l'otite double survenue. Les selles sont moins fréquentes, moins vertes ; il tette mieux, la température baisse en lysis : le soir du 4^e jour, 37°7.

Cependant dans la nuit, le nourrisson meurt sans agonie et sans avoir présenté d'autres symptômes. L'autopsie nous a été refusée.

La mère, Berthe L..., 19 ans, a commencé à souffrir de la gorge. Trois jours après son arrivée, la température est à 39°, l'éruption de scarlatine est généralisée. La scarlatine a été normale, sauf l'angine qui a été tenace et des douleurs articulaires assez violentes. La malade sort le 15 juin, complètement guérie.

Enfin, M. Pater, à la Société de pédiatrie, le 19 juin 1906, communique une statistique de scarlatine : sur 300 cas, il y a deux morts âgés de moins d'un an.

En présence de faits aussi nombreux, il nous paraît difficile de parler de l'extrême rareté de la scarlatine dans la première enfance.

Non seulement elle existe, mais elle est très grave : le pourcentage le plus faible donne encore 33 % de mortalité. C'est le cas de la statistique de MM. Comby et Charpentier. D'autres statistiques, celle de M. Appert, celle de M. Navarre par exemple donnent 50 %.

III

On nous pardonnera d'avoir insisté sur ce sujet. En effet, nous allons montrer que des enfants de quelques mois, nourris au sein par des mères scarlatineuses, entourés souvent de convalescents de scarlatine, restent indemnes. Ces bébés sont en plein milieu de contagion, ils reçoivent les caresses, les baisers, les soins de leurs mères ou de leur entourage atteints de scarlatine et ils ne prennent pas la maladie. Moins grande prédisposition, disaient les auteurs. Notre exposé nous permet de répondre que les enfants en bas âge y sont sujets comme les autres. Il sera donc bon de chercher ailleurs si l'on peut trouver une explication de l'immunité de ces nourrissons.

M. le docteur Martin avait, depuis longtemps déjà, eu l'occasion de vérifier le fait quand il appela notre attention sur ce sujet. Nous avons pu réunir 21 cas dans son service. M. le professeur Roger et M. Dufour, médecin des hôpitaux, ont également publié des notes qu'il nous faudra analyser.

Il ne faudrait pas croire cependant que ce fait n'avait pas frappé les auteurs anciens, mais ils n'en parlaient qu'incidemment, et semblant souvent considérer seulement comme une heureuse chance que les enfants n'aient pas été contagionnés.

Pons, dans l'*Union médicale* de 1864, décrit l'épidémie qu'il eut l'occasion d'observer à Nérac en 1861. Il écrit : « Les enfants à la mamelle ont été préservés.

J'ai observé un cas de scarlatine chez une femme accouchée depuis 5 jours (version, présentation de l'épaule gauche avec procidence du bras et du cordon). Malgré d'aussi fâcheux précédents, la maladie se termina heureusement, elle fut seulement plus longue et plus pénible. »

Guéniot (thèse de Paris, 1862) a deux observations où l'on voit l'enfant, nourri au sein, rester indemne. Les voici résumées :

Obs. II. — (Thèse Guéniot.) — Femme accouchée le 6 juin 1861. Scarlatine puerpérale. Eruption confluyente. Nourrit son enfant jusqu'au 11 ; arrête les tétées à cause de l'insuffisance de la sécrétion lactée, et reprend l'allaitement le 17. L'enfant n'a pas eu la scarlatine.

Obs. IV. — (Thèse Guéniot.) — Scarlatine maternelle. L'enfant fut nourri, pendant la maladie de sa mère, mi-partie au sein, mi-partie au biberon. Il est resté indemne.

D'une façon générale, nous sommes obligé d'abrégé l'étude des thèses se rapportant aux scarlatines puerpérales : cela tient à ce que les auteurs ont souvent omis de nous dire ce que devient le nourrisson. La logique fait supposer que, s'il y avait eu contagion, l'auteur l'aurait mentionné. Mais nous avons préféré ne prendre dans chaque travail qu'une ou deux observations probantes et n'en pas citer qui puissent prêter à la critique.

M. Legendre, dans sa thèse sur la scarlatine chez les femmes en couches (1881), a également plusieurs cas de scarlatine maternelle sans contagion pour l'enfant.

Obs. II. — Femme accouchée le 3 février 1880. Scarlatine puerpérale. La mère nourrit son enfant jusqu'au

26. La mère n'a plus de lait à cette époque. L'enfant est resté sain.

Obs. XIII. — Caroline S..., âgée de 24 ans. Accouche le 3 décembre 1880. Le 5 décembre, premiers symptômes de scarlatine. L'enfant qui couche avec sa mère, et prend le sein, n'a pas d'éruption et se porte bien (textuel).

Obs. XIX (tirée des études cliniques du professeur Lorain). — Scarlatine 5 jours après l'accouchement. L'enfant va bien et, pendant toute la durée de la maladie de la mère, il n'a présenté le moindre dérangement dans sa santé (textuel).

Obs. XXII (communiquée par Champetier de Ribes). — Scarlatine puerpérale. L'enfant, nourri au sein, n'a pas eu d'éruption, mais il est athrepsique et on l'envoie aux Enfants-Assistés.

On trouve dans la même thèse une observation de contagion très probable de mère à nourrisson. Nous aurons à y revenir et à la discuter.

Picot, de Genève, à l'article scarlatine du Dictionnaire Jaccoud, écrit : « On voit souvent des nourrissons rester indemnes au milieu d'une épidémie de scarlatine qui frappe leur entourage et même leur mère qui les allaite. »

Bernouilli raconta le fait assez singulier d'un médecin qui peu de temps après avoir été en contact avec des scarlatineux se rendit auprès d'une femme en couches, à laquelle il pratiqua la version. Cette femme fut atteinte de scarlatine, et l'enfant resta sain. (Dechambre, article *scarlatine*.)

M. Durand, dans sa thèse sur la scarlatine puerpérale (Paris, 1890-91), rapporte une observation que lui a communiquée Guéniot et dans laquelle une femme

accouchée de deux jumeaux prit la scarlatine. Les deux enfants allaités par la mère restèrent indemnes.

Une autre observation tirée de la même thèse est encore plus démonstrative : la voici résumée :

Obs. VI. — (Thèse Durand. — Tirée de Léopold Meyer. Zeitschrift für Gynecologie und Obst., 1888.)

Primipare, âgée de 25 ans, acceptée à la clinique. Travail normal, délivrance artificielle. 83 heures après l'accouchement 39°5, exanthème scarlatineux, angine, langue framboisée. L'enfant est resté bien portant, bien qu'il eût après la suppression du lait chez la mère tété une autre femme atteinte de scarlatine.

Voilà donc un enfant qui avait double raison d'être contagionné et qui ne l'a pas été.

Le même auteur cite encore quatre cas de scarlatines maternelles où les enfants présentèrent quelques troubles digestifs, un amaigrissement passager, mais pas de scarlatine.

M. Legendre, dans sa communication à la Société médicale des Hôpitaux, que nous avons déjà eu occasion de citer, termine en signalant la résistance, qu'il croit réelle, des nourrissons à l'infection scarlatineuse. « Dans plusieurs cas, dit-il, j'ai vu des enfants non isolés de leurs mères scarlatineuses demeurer indemnes tandis que la contagion est la règle pour les nourrissons atteints de rougeole. » M. Legendre nous a également écrit les quelques lignes suivantes : « Je ne me souviens pas d'avoir publié une note spéciale nulle part sur l'immunité des nourrissons de femmes atteintes de scarlatine. C'est un fait qui m'a frappé plusieurs fois à Aubervilliers quand j'étais chargé du service des contagieux, et dans ma clientèle. »

M. Roger, dans son étude clinique de quelques maladies infectieuses parue dans la *Revue de Médecine*, 1899 (p. 257), étudie les cas traités à Aubervilliers en 1897-98. Les mères malades ont allaité leurs nourrissons : 20 d'entre elles avaient la scarlatine; aucune n'a communiqué l'affection à son enfant.

L'année suivante, la *Revue de Médecine* publie un nouvel article de M. Roger qui contient l'étude des cas traités par lui en 1899. « Comme toujours, écrit l'auteur, nous avons laissé les mères malades allaiter leurs nourrissons. » Cette nouvelle statistique contient 19 femmes atteintes de scarlatine. Aucun des enfants n'a été atteint.

Et cependant M. Roger a eu, lui aussi, l'occasion de soigner des enfants scarlatineux au-dessous d'un an : dans sa première statistique, sur 997 cas de scarlatine, 3 fois l'affection était survenue chez des enfants au-dessous de 12 mois : le premier avait 28 jours, le second était âgé de 6 mois : scarlatine grave, température 41, mort le lendemain de son admission ; le troisième bébé avait 8 mois.

M. Dufour, en juin 1905, fait, à la Société médicale des Hôpitaux, une communication dont nous extrayons les passages suivants : « J'ai eu à soigner un certain nombre de mères (41) atteintes de scarlatine et dont le lait était nécessaire à leur enfant dans le présent, et surtout dans l'avenir, puisqu'il s'agissait de malades indigentes pour lesquelles il y avait intérêt à maintenir la sécrétion lactée..... Toutes ces nourrices ont continué leur allaitement sans dommage pour l'enfant..... La question de l'allaitement chez les mères nourrices atteintes de fièvre éruptive et en particulier de scarla-

tine est controversée. Si l'on s'en rapporte, en effet, au *Traité de l'allaitement* de M. Marfan, on voit que sur ce sujet, les indications sont très restreintes, et dans le récent ouvrage de M. Henri de Rothschild, il est dit qu'il faut en cas de scarlatine de la mère suspendre l'allaitement. Pour ma part, je pense qu'il faut nourrir la mère dès le début de la scarlatine et la laisser nourrir, surtout dans le milieu hospitalier. Ainsi qu'on l'a observé depuis longtemps, les nourrissons jouissent d'une certaine immunité vis-à-vis de la scarlatine, ce qui est une disposition naturelle dont il ne faut pas manquer de tirer parti. »

M. Dufour a bien voulu nous communiquer ses observations résumées; nous sommes heureux de l'en remercier ici.

Obs. I. — Louise Ch..., 28 ans. Entrée le 13 juin 1904. Angine le 6 juin. Eruption le 7. Pas d'albumine. Sortie le 15 juillet, guérie. Son enfant, 5 mois, nourri au sein, n'a pas contracté la maladie.

Obs. II. — Louise H..., 25 ans. Entrée le 3 septembre 1904. Angine, éruption scarlatineuse. Un peu de délire, légère albuminurie. Sortie le 8 octobre 1904. L'enfant, âgé de 8 jours, n'a pas pris la scarlatine. Il a gardé le sein avec aide de lait stérilisé.

Obs. III. — Berthe G..., 24 ans. Entrée le 1^{er} octobre 1904. Malade depuis le 28 septembre. Angine, éruption scarlatineuse confluyente. Sortie le 7 novembre. Son enfant, Albert, 22 jours, nourri au sein, est resté indemne.

Obs. IV. — Françoise D..., 24 ans. Entrée le 4 décembre 1904. Sortie le 16 janvier 1905. Scarlatine normale. L'enfant, 27 jours, a été nourri au sein et biberon, le lait de la mère étant insuffisant. Resté indemne.

Obs. V. — Laure S..., 20 ans. Entrée le 31 décembre 1904. Sortie le 8 février 1905. Scarlatine normale. L'en-

fant est nourri au sein. Le 5^e jour qui suit l'entrée, malgré une alimentation solide, le lait de la mère diminue. On complète avec du lait stérilisé. L'enfant n'a pas pris la maladie.

Obs. VI. — Eugénie R..., 29 ans. Entrée le 8 janvier 1905. Début le 6. Scarlatine normale, un peu d'albumine à l'entrée. Sortie le 19 février 1905. Son enfant, nourri au sein, est resté bien portant.

Obs. VII. — Marie L..., 27 ans. Entrée le 10 mars 1905. Début la veille. Scarlatine normale. Sort de l'hôpital le 20 avril 1905. L'enfant est nourri au sein et n'a pas contracté la scarlatine.

Obs. VIII. — Adriennne M..., 22 ans. Entrée le 26 avril 1905, envoyée de Beaujon. Eruption très nette. Nourrit son enfant, Léonie, âgée de 11 jours, qui est restée indemne. Sortie le 5 juin 1905.

Obs. IX. — Marie P..., 23 ans. Entrée le 30 août 1905. Début le 27. La scarlatine ne présente rien de particulier qu'une fièvre élevée. Elle nourrit son enfant âgée de un mois, qui est restée bien portante.

Obs. X. — Berthe M..., 23 ans. Entrée le 20 octobre 1905. Début le 16. Scarlatine régulière. Pas d'albumine. Nourrit encore son enfant qui est âgé de 16 mois, lequel présenta le 8 novembre de la congestion pulmonaire du côté droit. Le 13, défervescence régulière ; n'a pas pris la scarlatine. Sortie le 25 novembre 1905.

Obs. XI. — Claire L..., 21 ans. Entrée le 27 octobre 1905. Début le 25. Angine. Eruption scarlatineuse. Rhumatisme scarlatin. Sa fillette, Yvonne, 6 mois, nourrie au sein, est restée indemne. Sortie le 3 décembre sur demande.

M. Dufour fait observer que ces enfants et leurs mères étaient dans une salle commune, son service ne possédant pas de salles d'isolement.

On trouvera à la fin de ce travail nos observations personnelles : nous avons vu 21 femmes scarlatineuses

allaiter leurs enfants, et ceux-ci sont toujours restés indemnes. Il est inutile de détailler ici ces diverses observations. Dans le sujet que nous traitons, les faits observés ne valent que par leur nombre et nous ne les mentionnons en ce moment que pour les placer à côté des chiffres déjà rapportés et montrer un total imposant qui mérite attention. Plus loin, d'ailleurs, nous aurons à parler de quelques particularités cliniques qu'il nous a été donné d'observer. Ajoutons seulement que les malades, qui entrent à l'hôpital Pasteur avec une maladie contagieuse sont d'abord isolés. Plus tard, quand la température est tombée, quand on n'a plus à craindre que le sujet soit en incubation de quelque autre maladie infectieuse, les malades sont réunis, par deux, trois, quatre au maximum dans des salles de convalescence. Ce sont bien entendu des personnes atteintes de la même affection. Il n'est pas inutile, croyons-nous, d'insister sur ce fait, car, de même que M. Dufour nous prévient que les enfants, chez lui, sont en contact avec des scarlatines autres que la scarlatine maternelle, le bébé et sa mère retrouvent, à l'hôpital Pasteur, dans la chambre de convalescence, d'autres scarlatineux en convalescence également. Cependant les enfants restent sains, malgré les multiples chances de contagion. Nous avons vu, tout dernièrement réunis dans la même salle une jeune fille, une femme et son enfant. Cette jeune fille a eu une scarlatine sérieuse. Longtemps après son entrée dans la salle de convalescence, elle souffrait encore de la gorge, les amygdales étaient rouges et grosses, elle était en pleine desquamation. Pendant tout son séjour, elle s'est occupée de l'enfant de sa voisine qu'elle avait pris en affection, elle l'a porté dans ses

bras, embrassé maintes et maintes fois et le nourrisson est resté absolument indemne.

Les étrangers sont unanimes, eux aussi, à dire que l'enfant peut être sans danger nourri par sa mère scarlatineuse. M. le docteur Loiseau, attaché à l'Institut Pasteur, a bien voulu, nous l'en remercions, interroger à ce sujet le docteur Rolleston, médecin de Grove-Hospital, à Londres. Ce médecin a cité de mémoire trois cas où le nourrisson de femme scarlatineuse est resté au sein, pendant toute la maladie de sa mère, sans être aucunement incommodé. Il n'a pas souvenir de contagion de mère à enfant, et son opinion personnelle est de continuer l'allaitement pendant la maladie maternelle.

Les Américains sont du même avis. Voici ce qu'écrivent Welch et Schamberg, dans leur traité : « Nous avons eu dans nombre d'occasions des enfants de quelques mois amenés à l'hôpital avec leur mère atteinte de scarlatine. Mais nous n'avons pas observé qu'ils aient contracté la maladie. Nous les avons vus téter à des seins couverts de l'éruption scarlatineuse, boire un lait fébrile et cependant rester parfaitement bien portants. »

L'article suivant de Salge, dont nous devons la traduction à l'amabilité de M. Brelet, interne des hôpitaux, nous montre si bien l'opinion des médecins d'enfants, en Allemagne, qu'il dispense de faire d'autres citations :

« Malgré tous les efforts des médecins d'enfants, écrit l'auteur, la tendance dominante parmi les médecins et les profanes est d'interdire l'allaitement à la mère. On dit que le lait de la mère peut être nuisible à l'enfant, et on craint de communiquer la maladie à l'enfant. Les pédiâtres savent depuis longtemps que cette idée n'est nullement juste : je n'apporte ici rien de nouveau. Mais

j'écris parce que la connaissance de cette question n'est pas assez vulgarisée.

Obs. — Emma Schn..., 17 ans, entre le 24 février 1905 à la nourricerie de la Charité avec son enfant de 10 jours qu'elle nourrit.

Le 24 mars, elle se sent souffrante et le 26 on peut diagnostiquer une scarlatine très nette. On la transporte avec son nourrisson, alors âgé d'un mois, au pavillon des contagieux. Là, elle fit une scarlatine de moyenne intensité. Pendant 4 jours, 39 à 40. Lysis ; le 9^e jour, température normale.

Jusqu'au 4^e jour de la maladie, cette femme put rassasier son enfant en le mettant au sein. A ce moment, il fallut mettre l'enfant au biberon tout en continuant de lui faire prendre le sein.

Le 7^e jour de la maladie, le lait manque.

Le 11^e jour, le lait revint : allaitement mixte. 26 jours après le début de la maladie, la mère put de nouveau, à elle seule, nourrir son enfant..... L'enfant, qui a actuellement 6 mois, pèse 7.000 grammes et est très beau.

« Donc, continue l'auteur, excepté une courte interruption, l'allaitement maternel put être continué. Cela n'a pas été mauvais pour la mère. Une scarlatine peut être très grave, entraîner de telles complications qu'il faut renoncer à continuer l'allaitement. Mais cela n'empêche pas le principe général de faire continuer l'allaitement. »

IV

En parcourant toutes les observations des thèses ou travaux qui nous intéressaient, nous avons vu deux cas où il semble qu'il y ait pu avoir contagion de mère à enfant.

Le premier cas est cité dans la thèse de M. Legendre (1881. Observation XI) :

Obs. résumée. — Joséphine C..., 29 ans, accouchée le 17 janvier 1880. L'enfant est au sein. Début de la scarlatine maternelle le 18. 5 jours après l'accouchement, 3 jours après l'éruption de la mère, l'enfant, qui avait continué à prendre le sein, présente une coloration uniformément rouge. C'est un pointillé saillant sous le doigt ; la pression modérée de la peau ou la rayure de l'ongle sur l'abdomen laisse une traînée blanche qui rougit très rapidement après. La température, prise soigneusement, est de 36°6.

Le 23, l'enfant est encore de la teinte de l'écrevisse.

Le 24, l'enfant devient rose, et on voit maintenant une éruption miliaire très manifeste à petites vésicules transparentes, mais limitée au front, à la face et aux orbites. La température n'a pas atteint 37. Rien de particulier à la gorge.

Le 3 février, la mère demande sa sortie : elle est encore en desquamation, mais n'a plus d'albuminurie. L'enfant ne présente plus d'éruption, et on n'a pas encore constaté de desquamation.

Il semble difficile ici de ne pas admettre la scarlatine. L'enfant a eu une éruption nette, il a également présenté la miliaire si fréquente au cours de la scar-

latine, encore que son siège soit quelque peu anormal. Tout ce qu'on peut objecter contre la scarlatine, c'est qu'il n'y a eu ni énanthème, ni angine. Il n'y a pas eu du tout de température, et ceci peut être un argument, car même dans les scarlatines dites apyrétiques, il est fréquent de voir une légère ascension du thermomètre : 37°,8 - 38° par exemple. Enfin l'enfant n'a pas desquamé, mais il est sorti rapidement de l'hôpital et il est possible que la desquamation ne se soit faite qu'après sa sortie. Ajoutons encore qu'on n'a pas noté de vomissements.

La seconde observation est tirée de la thèse de M. Chausserie-Laprée (1900) :

Louise H..., âgée de 5 mois, entre le 1^{er} septembre 1899 à l'hôpital d'Aubervilliers. Contage très net ; sa mère, atteinte de scarlatine, est entrée à l'hôpital le même jour que l'enfant.

Début le 30 août par malaise général, somnolence ; refus de prendre le sein, diarrhée très abondante, selles verdâtres, fétides.

Le 31, apparition de l'éruption ; même état que la veille, la diarrhée persiste.

Le premier jour de son entrée, l'éruption est généralisée sur tout le corps. La diarrhée est très abondante ; on constate un coryza purulent très abondant. A l'auscultation, on trouve au sommet du poumon droit de la matité et du souffle. Température du soir 40°9. Bains toutes les 3 heures.

Le 2, état stationnaire. Température matin, 41°. Température soir, 40°5.

Le 3, le matin, le thermomètre monte à 42°. L'enfant respire très mal ; ses extrémités sont froides. Mort.

Autopsie : le foie pèse 220 grammes, dégénéré, légèrement pâle. Le rein pèse 25 grammes, la substance

corticale est un peu blanchâtre. A la partie moyenne des deux poumons, foyers de broncho-pneumonie.

Ici, bien entendu, nous ne contestons pas la scarlatine de l'enfant. Mais est-ce la mère qui a contagionné l'enfant ? Ou bien est-ce l'enfant qui a contagionné la mère ? Ou encore, la contagion, pour la mère et l'enfant, n'a-t-elle pas été prise à la même source, et les deux scarlatines, maternelle et infantile, ne sont-elles pas contemporaines ? L'auteur nous dit qu'à son arrivée l'enfant est en pleine éruption et que la mère atteinte de scarlatine est entrée le même jour. Le texte nous paraît insuffisant pour conclure à la contagion de mère à enfant.

De plus, cette observation a été prise en 1899 dans le service de M. Roger qui donna à l'auteur l'idée et les documents de sa thèse. Or, ni dans son article de la *Revue de Médecine* (1900) où il présente ses malades de 1899, ni dans son livre des *Maladies infectieuses* paru en 1902, M. le professeur Roger ne parle de ce cas de contagion. Aucune des femmes malades n'a interrompu l'allaitement, et sauf deux rougeoles transmises de mère à enfant, M. Roger ne signale pas de contamination. Celle-là ne lui eût vraisemblablement pas échappé, surtout étant donné que l'enfant a présenté du coryza purulent sur lequel il a attiré l'attention, et qu'en outre il s'agit d'un cas mortel. Il nous est donc impossible de conclure.

Dans quelques autres cas, l'enfant a pu présenter divers troubles, des éruptions non caractérisées ; aucun des auteurs n'a affirmé la scarlatine. (V. thèse Durand.)

Donc malgré l'ombre légère qu'apportent à notre tableau ces deux cas peut-être indécis, nous n'en per-

sistons pas moins à penser que l'enfant d'une femme scarlatineuse, nourri au sein, jouit d'une remarquable immunité. Aussi ne voyons-nous aucun danger à le laisser à son alimentation naturelle, le sein.

Ce n'est pourtant pas là l'opinion émise par les traités spéciaux. M. Dufour, dans la communication déjà citée, nous dit : « Si l'on s'en rapporte, en effet, au traité d'allaitement de M. Marfan, on voit que sur ce sujet les indications sont très restreintes, et dans le récent ouvrage de M. Henri de Rothschild, il est dit qu'il faut, en cas de scarlatine, suspendre l'allaitement. »

V

Pour nous au contraire, qui préférons laisser l'enfant au sein, il nous reste à voir comment se comporte la mère pendant sa maladie, et à rechercher les particularités cliniques que l'on peut observer aussi du côté du nourrisson.

Le fait, pour la mère, d'allaiter son enfant, doit-il entraîner chez elle une aggravation de la maladie ? On l'a prétendu, et nous citons à ce propos l'observation que Ch. Leroux, dans le compte rendu de la Société de Pédiatrie 1900, communique en l'intitulant : « Scarlatine maligne mortelle chez une nourrice ».

Obs. — Madame L..., âgée de 38 ans, mère de 6 enfants, soigne en 1889 ses deux filles aînées atteintes de

scarlatine. Madame L... n'était pas nourrice, aussi elle échappe à la contagion.

Cinq ans après, en 1894, trois autres enfants sont pris de scarlatine de moyenne intensité. Une religieuse qui les soignait est prise de scarlatine. Tous guérissent.

Madame L..., alors nourrice depuis onze mois, est atteinte d'une scarlatine d'emblée maligne. Je la vois en consultation au 4^e jour. L'état est grave, délire, état comateux, hyperthermie, 40°5. Albuminurie légère. La méthode des bains froids est appliquée immédiatement. Toutes les 2 ou 3 heures, selon l'ascension du thermomètre, on donne un bain à 28°, 20°. On descend à 18°, etc.

On lutte ainsi pendant 20 jours. Madame L... succombe sans avoir repris connaissance bien nette.

Le fait, continue l'auteur, me paraît intéressant, car il montre non seulement la facilité avec laquelle les nourrices contractent la scarlatine, mais surtout la gravité qu'elle revêt chez elles... La lactation, qui n'est en somme que la continuation de l'état puerpéral, paraît constituer un terrain très favorable à la malignité même de la scarlatine ».

Nous croyons qu'il ne s'agit que d'une coïncidence fâcheuse. Il ne nous a point paru, aussi bien dans les cas communiqués par les auteurs que dans les faits personnels, que la lactation ait aggravé la scarlatine maternelle. Dans un cas de M. Dufour, la mère a succombé au bout de huit jours à une scarlatine maligne ; la mère était si malade que l'enfant lui fut retiré dès le début : il mourut dix jours après de gastro-entérite ; l'auteur n'a point songé à chercher, dans le fait de l'allaitement la cause de la malignité de l'affection maternelle. Dans nos observations personnelles, nous n'avons eu aucun décès de mères scarlatineuses ; leur ma-

ladie n'a pas paru aggravée, malgré le surcroît de fatigue que pouvait leur causer l'allaitement. Par contre, nous avons vu, comme M. Roger, M. Dufour et tant d'autres, la sécrétion lactée diminuer, se tarir même momentanément pendant la période fébrile et les jours qui suivent. Il a donc été nécessaire de donner pendant quelques jours à l'enfant une alimentation mixte. Par exemple, pendant deux jours, le nourrisson de la femme dont nous relatons l'histoire, dans l'observation IX, a pris le sein et le biberon. En aucun cas, le sein n'a été supprimé, sauf dans notre observation XXII, et cela à cause de l'état grave de la mère.

Voilà pour les mères. Quant aux enfants, nous répétons qu'aucun de ceux que nous avons observés n'a pris la scarlatine.

Mais presque toujours, nous avons observé chez eux pendant la période fébrile de la mère, un mauvais état gastro-intestinal, des selles plus ou moins nombreuses ou fétides, vertes, diarrhéiques. On en trouvera mention dans les observations II, III, V, IX, XI, XII, XIII, XIV, XV. Ces troubles traités, il est vrai par les moyens habituels, n'ont cependant pas dépassé la période fébrile de la mère ; après la défervescence maternelle, l'état gastro-intestinal est redevenu normal, sauf bien entendu, dans les cas où la diarrhée existait avant la maladie de la nourrice. Dans l'observation XVI, par exemple, la diarrhée de l'enfant était antérieure à la maladie de la mère : les selles ont été diarrhéiques pendant presque tout son séjour à l'hôpital. Enfin dans l'observation I, quand la mère a fait une seconde poussée fébrile (albumine) le bébé a eu des selles vertes, la

température s'est élevée, et il a eu une éruption d'origine intestinale.

Il est vraisemblable que ces troubles n'ont pas été sans diminuer parfois le poids du nourrisson, en tout cas, plusieurs fois la mère nous a fait remarquer un amaigrissement, réel, de son enfant. Mais cet amaigrissement a toujours été passager, et pendant la convalescence maternelle, l'enfant a repris rapidement ce qu'il avait perdu. Faut-il incriminer la mauvaise qualité, ou l'insuffisance du lait, ou peut-être les deux à la fois, c'est ce que nous ne savons pas ?

Nous ne voyons donc pas, en résumé, que l'allaitement ait une influence fâcheuse sur la santé de la mère ou de l'enfant.

VI

Dans cette étude sur l'immunité du nourrisson vis-à-vis de la scarlatine, nous ne pouvons mieux conclure qu'en citant cette phrase de M. Roger : « Elle n'est pour ainsi dire jamais transmise par la mère, malgré les rapports plus intimes qui l'unissent à son nourrisson. Quelle que soit l'interprétation, le fait clinique semble établi sur un nombre suffisant d'observations. » Mais cette citation s'applique, dans la phrase de M. Roger, aussi bien à la rougeole qu'à la scarlatine.

Il était intéressant, en effet, devant des faits de ce genre, de se demander s'il y avait immunité du nourrisson contre d'autres maladies contagieuses. Nous ne

saaurions longuement nous arrêter sur ce sujet, qui n'est pas à proprement parler le nôtre, aussi ne nous retiendra-t-il pas trop longtemps.

M. Roger, nous le disions, pense que l'immunité se présente aussi bien pour d'autres maladies infectieuses que la scarlatine, c'est ainsi qu'il dit qu'elle s'observe également dans la rougeole, l'érysipèle, les oreillons, etc. Nous ne nous occuperons que de la rougeole et de l'érysipèle, parce que, pour ces deux maladies, nous avons des faits personnels à relater.

Pour la rougeole, M. Roger a eu cependant deux cas de contagion; il l'écrit dans sa statistique de 1899. Ces deux cas se sont produits sur un total de 17 rougeoles. Dans la statistique de l'année suivante, sur 15 femmes atteintes de l'affection morbillieuse, aucun nourrisson n'est pris.

M. Legendre, à la Société médicale des Hôpitaux (1895), écrit, nous l'avons déjà vu : « Dans plusieurs cas, j'ai vu des enfants non isolés de leurs mères scarlatineuses, demeurer indemnes, tandis que la contagion est la règle pour les nourrissons de femmes atteintes de rougeole. »

Pour nous, sur quatre cas observés à l'hôpital Pasteur, nous avons vu une fois le nourrisson prendre une rougeole très nette; dans les trois autres cas, il y eut vers le dixième jour une poussée fébrile, peu accentuée d'ailleurs (38° - 38°2) coïncidant avec une éruption morbillieuse légère. Nous attirons l'attention sur ce point, car cette éruption demande à être recherchée, et dans les cas que nous citons, elle aurait pu passer inaperçue en d'autres circonstances.

Par conséquent, nous en tenant à notre expérience

personnelle, nous ne pouvons admettre que l'immunité contre la rougeole soit aussi complète que contre la scarlatine. Par contre nous sommes de l'avis de M. Roger quand il dit que la maladie dans ces cas reste bénigne. Elle l'a été chez les deux enfants qu'il cite, et chez les nôtres également, l'éruption fut discrète, fugace, la convalescence rapide et sans complication.

Pour l'érysipèle, M. Roger n'a pas de contagion dans sa première statistique; dans sa seconde, il cite un enfant, athrepsique d'ailleurs, qui mourut emporté par un érysipèle terminal.

Dans deux cas, nous avons vu les enfants de femmes érysipélateuses rester indemnes; une autre fois, l'enfant a été contagionné, et il est mort de son érysipèle. Voici son observation résumée :

Marie B... a accouché, le 17 septembre 1902, d'un enfant prématuré dans le service d'accouchement de la Charité.

La fiche de l'enfant porte : âge, 8 mois 1/2 approximativement ; état général, bon ; poids, 2 k. 700 ; longueur totale, 50.

La mère et l'enfant sont envoyés à l'hôpital Pasteur le 20 septembre. La mère a un érysipèle de la face consécutif à un abcès de l'oreille. La feuille de sortie (Maternité) porte que l'état de l'enfant est bon.

L'érysipèle de la mère est localisé à la joue et à l'oreille gauches. Température, 38°5. Le 4^e jour, 40°. Extension de l'érysipèle, puis lysis; le 9^e jour, température normale. Convalescence sans incidents.

L'enfant, qui est nourri au sein, a reçu, à son entrée, une injection préventive de sérum antistreptococcique. Il fait d'abord, au 4^e jour, une poussée fébrile, coïncidant avec celle de la mère.

Le 27, soit 7 jours après son entrée, il présente un

érysipèle localisé aux paupières de l'œil gauche. Rien au cordon, rien au niveau de la piqûre de sérum.

Le 28, l'œil droit est pris; l'enfant ne veut plus téter. Il meurt dans la nuit du 28 au 29.

Nous répétons que nous n'avons pas voulu faire une étude de l'immunité du nourrisson dans ces diverses affections, mais dire seulement ce que nous avons vu; or, ce que nous avons vu ne nous permet pas de mettre sur le même pied cette immunité avec l'immunité que présente le nourrisson de la femme scarlatineuse.

VII

Reste à savoir pourquoi l'enfant présente cette immunité que nous croyons particulière à la scarlatine.

Ou bien il existe une immunité naturelle des tout jeunes enfants vis-à-vis de cette maladie. C'est l'opinion générale des auteurs qui parlent de la rareté de l'affection chez eux. Nous pensons que cette explication est insuffisante. Que le nourrisson prenne moins la scarlatine que la rougeole, c'est très vrai, mais c'est encore vrai pour les enfants plus âgés. Un petit nombre seulement échappe à la rougeole, la scarlatine les frappe beaucoup moins.

Est-ce une raison de dire, parce qu'elle est plus rare, qu'elle est inconnue ou presque chez les enfants de moins d'un an? Les oreillons, également, sont rares chez eux et l'on n'a point dit pour cela que le jeune âge leur donnait une sorte d'immunité. Enfin nous avons

relaté assez de scarlatines infantiles pour montrer que cette prétendue rareté est très relative, et que presque tous les auteurs en ont observé des cas.

Ou bien encore, on peut dire que la résistance naturelle de l'enfant se trouve augmentée par ce fait seul que l'allaitement maternel le met dans de meilleures conditions. « Nous savons, dit Salge (*loc. cit.*) que le lait de la mère est le meilleur protecteur des nourrissons contre les microbes pyogènes et combien l'allaitement artificiel lui est funeste. » Ceci est exact. Mais est-ce suffisant comme explication ? Nous avons relaté l'histoire d'enfants nourris au sein, vigoureux et sans tare, qui prennent la scarlatine, scarlatine ordinairement grave, assez souvent mortelle. Tel est le cas de cette scarlatine chez le nourrisson qui mourut après avoir contagionné sa mère, et dont nous avons rapporté l'observation. Cette explication ne nous satisfait pas encore.

Ou bien cette immunité est transmise à l'enfant par le lait de la mère, autrement dit le lait de la nourrice contient des principes antitoxiques qui, ingérés par l'enfant, lui confèrent l'immunité. C'est l'opinion de M. Roger qui nous dit : « Cette immunité porte à croire que le lait doit contenir des substances vaccinales. »

Il serait intéressant de pouvoir établir un contrôle expérimental. Ici ce n'est pas possible : nous ne connaissons pas l'agent causal de la scarlatine, et nous sommes en cela, de l'avis presque général des auteurs qui pensent que le streptocoque ne joue un rôle prépondérant que dans les complications.

En l'absence du contrôle de laboratoire nous sommes forcés de raisonner par analogie et de chercher s'il y a

d'autres exemples d'immunité acquise par le lait. Pour cela, que faut-il ? d'abord, que le lait contienne l'antitoxine, ensuite que cette antitoxine passe par la voie gastro-intestinale pour immuniser l'organisme.

« Le passage des antitoxines dans le lait a été constaté par M. Ehrlich, dit M. Metchnikoff, et confirmé depuis par un grand nombre d'observations. » M. Ehrlich en effet a montré que le lait est assez riche en antitoxine quoique beaucoup moins que le sang. D'après l'évaluation de MM. Ehrlich et Wassermann, chez le même animal immunisé, le lait renferme quinze à trente fois moins d'antitoxine que le sang.

Ce premier point établi, voyons le second. Le lait contenant l'antitoxine et absorbé par voie gastrique confère-t-il l'immunité ? Les expériences de M. Ehrlich l'ont montré : nous extrayons du livre de M. Metchnikoff le passage suivant : « Lorsque M. Ehrlich remarqua que l'immunité des petits se conservait plus longtemps que celle que l'on confère avec des injections de sérum antitoxique, il lui vint l'idée de rechercher si la cause de cette prolongation ne résidait pas dans la transmission de l'antitoxine maternelle par l'intermédiaire du lait. Dans le but de vérifier cette supposition, il prit des souris vaccinées contre plusieurs toxines (ricine, abrine, tétanotoxine) et d'autres souris neuves au moment où elles avaient mis bas des petits.

« Il change la progéniture de telle façon que les mères vaccinées nourrissaient des petits issus de souris neuves, tandis que les mères neuves allaitaient des petits provenant de souris vaccinées. Le résultat de ces expériences ingénieuses et délicates confirma pleinement la prévision. Les souris vaccinées transmirent leur

immunité non seulement aux petits qu'elles avaient mis bas, mais aussi à ceux qu'elles avaient seulement nourris avec leur lait. Ce fait, établi d'une façon non douteuse, a prouvé que les antitoxines peuvent être résorbées par le tube digestif, ce qui constitue une donnée très importante à plusieurs points de vue. »

M. Vaillard, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, rapporte également les expériences précédentes et en cite d'autres du même auteur : « Une souris normale, qui a mis bas depuis 10 jours, reçoit du sérum provenant d'un lapin immunisé contre le tétanos. 10 jours après, les petits résistent à des doses élevées de toxine aussi bien qu'à l'inoculation du virus. Une souris nourrice est immunisée contre le rouget par l'inoculation de cultures faibles. 21 jours plus tard, la mère et les petits sont éprouvés, tous résistent, tandis que les témoins meurent le 3^e jour. M. Ehrlich en a déduit que des facteurs en jeu dans la genèse de l'immunité héréditaire, saturation fœtale et immunisation par l'allaitement, le second joue un rôle beaucoup plus grand que le premier. Sa part est si marquée et son efficacité si prompte que pour immuniser des souris contre le tétanos, il suffit de les faire allaiter pendant 72 ou 48 heures par une mère à laquelle on a injecté du sérum antitétanique. »

M. Metchnikoff ajoute : « Seulement, les recherches ultérieures ont montré qu'il n'y a que les souris toutes jeunes qui soient capables d'assimiler les toxines par voie intestinale. Les souris adultes nourries par M. Ehrlich avec des quantités de lait antitoxique n'acquerraient ni immunité, ni propriété antitoxique du sang. »

Comment ne pas être frappé de la ressemblance du

fait expérimental avec ce qui se passe dans la scarlatine ? De part et d'autre, nourrisson immunisé et, nourrisson seulement.

Mais pour avoir un appui sérieux, une base solide, il faudrait d'autres exemples, tirés de la série animale. Or, M. Vaillard, M. Remlinger ont montré que, dans les autres espèces (cobaye, lapin), l'immunité n'existe point.

« Bien que les rapports du pouvoir agglutinatif du sérum avec l'immunité soient plus que problématiques, dit M. Metchnikoff, il a pu être intéressant de voir si l'ingestion de lait agglutinatif amènerait l'apparition de la propriété agglutinante dans le sérum sanguin, à cause de l'analogie de celle-ci avec les procédés antitoxiques et préventives. C'est là fièvre typhoïde qui a donné lieu à des recherches nombreuses dans cette voie. »

MM. Landouzy et Griffon citent une observation de nourrisson de mère typhique : le sérum de l'enfant agglutinait.

M. Metchnikoff conteste la valeur de cette observation, les auteurs ayant négligé de s'assurer si le pouvoir agglutinatif du sérum de l'enfant était supérieur à celui du sang normal. On sait, en effet, qu'assez souvent le sérum normal humain agglutine. D'ailleurs, d'autres observations, celle de MM. Widal et Sicart, celle de MM. Achard et Bensaude, celle de M. Schumacher sont restées négatives.

Enfin, puisque nous recherchons des faits ayant quelque rapport avec le sujet qui nous occupe, est-il besoin de rappeler que la toxine tétanique, les sérums antitétanique et antidiphthérique, en ingestion, n'ont

pas d'action immunisatrice ou curative appréciable sur l'organisme de l'adulte.

M. Metchnikoff conclut : « L'espèce humaine se range donc à côté du cobaye, du lapin, au point de vue de l'impossibilité d'acquérir l'immunité par l'allaitement. La souris reste, jusqu'à présent, l'unique exemple du fait contraire. Il serait très important d'étudier les conditions précises qui dirigent ce phénomène dans le but de trouver moyen de communiquer l'immunité par la voie intestinale. »

Cependant, le dernier mot n'est pas dit sur ce point. On sait que M. Behring soutient l'origine intestinale de la tuberculose et dans les communications récentes, MM. Calmette et Breton, Calmette et Guérin, en montrant que les effets de la tuberculine sont les mêmes en ingestion qu'en injection, que des bacilles tuberculeux, morts ou très atténués par divers procédés, et ingérés, sont susceptibles de vacciner des individus, et que ces effets sont surtout appréciables chez les jeunes sujets, n'ont-ils pas fait faire un pas à la question ? Ne pourrait-on pas également, dans la scarlatine, penser, — mais c'est là une simple hypothèse, une vue de l'esprit, — que le microbe causal a pu passer dans le lait, à l'état atténué et vacciner le nourrisson ?

En résumé, l'immunité passive transmise par le lait, bien prouvée pour la souris, ne semble pas se retrouver dans les autres espèces ; il est donc difficile, dans l'état actuel de la science, de conclure fermement que l'immunité du nourrisson de femme scarlatineuse lui est conférée par l'allaitement. C'est regrettable, car, à notre avis, c'est la seule hypothèse qui satisfasse l'esprit.

Enfin, nous avons encore un argument à faire valoir. Il ne pourrait être pris à la lettre, et demanderait à être confirmé par la constatation de beaucoup d'autres cas semblables. Plusieurs fois, au cours de ce travail, nous voyons des enfants nourris jusque-là au sein, et qu'on isole aussitôt que le diagnostic de scarlatine chez la mère a été posé, prendre la maladie malgré leur isolement. Les enfants, dont parle M. Senn dans sa thèse, avaient été isolés de leurs mères, mais on les garda quelques jours à la Maternité pour les y vacciner. Ils prirent la scarlatine. Il en est de même dans le fait rapporté par M. Potier, cité plus haut, et dans le fait, également cité, de M. Legendre où l'enfant, isolé de sa mère atteinte de scarlatine grave, prit la maladie 18 jours après celle-ci. On peut se demander, en présence de cas de ce genre, si l'on fit bien d'isoler les enfants car, au moment où cette mesure est prise, il est peut-être trop tard, l'enfant a déjà toutes chances d'avoir été contaminé, et si l'on admet que le lait immunise le nourrisson, on le prive alors de son meilleur moyen de résistance. Mais nous le répétons, il ne s'agit que de quelques faits qui demanderaient à être corroborés, d'autant plus que les cas où l'enfant, isolé de sa mère (thèses Durand, Meyer, etc.) n'a point pris la maladie, ne sont pas rares non plus, aussi ne nous permettons-nous en ce moment que de poser un point d'interrogation.

VIII

Conduite à tenir

Résumons-nous. Nous savons fort bien qu'il faudrait, pour assurer l'opinion que nous avons de cette immunité, beaucoup plus de cas que ceux que nous citons. Nous savons également qu'il serait intéressant de suivre ces nourrissons, et de voir si dans la suite ils prennent la scarlatine, c'est-à-dire étudier la durée de cette immunité. Aussi n'avons-nous voulu que rapporter un certain nombre de faits qui concordent avec des observations déjà relatées. Malgré les deux faits contraires à notre thèse, que nous avons discutés précédemment, et bien que nous ayons lu, dans le *Nouveau Traité de Médecine* de MM. Brouardel et Gilbert, sous la signature de M. Wurtz : « Des nourrices, atteintes de scarlatine, ont pu la communiquer à l'enfant qu'elles allaitaient », nous n'hésitons pas à croire, comme les Allemands, « qu'il n'y a pas à compter avec le danger d'une contagion », et qu'en tout cas, « le danger éventuel de contagion doit être estimé peu de chose à côté du grand avantage qu'il y a à conserver à l'enfant sa nourriture naturelle ».

Donc, en présence d'une nourrice atteinte de scarlatine, nous laisserons le sein à l'enfant. Est-ce à dire que nous le ferons sans prendre quelques précautions ? Non, car on pourrait exposer le nourrisson à certains dangers. Les Allemands le savent, ils redoutent l'es-

suyage brutal de la bouche du nouveau-né, car ils y voient la possibilité de créer une porte d'entrée à une infection streptococcique. Ils redoutent également les sécrétions buccales de la mère; « les nourrissons, dit Salge, peuvent être infectés par des processus septiques et en mourir ».

Il sera donc bon, croyons-nous, plus contre ces infections streptococciques que contre la scarlatine elle-même, de montrer une grande douceur dans les soins à donner au nourrisson, d'interdire à la mère d'embrasser l'enfant, ou, qui mieux est, de ne le lui donner que pour téter, et seulement pour cela. On donnera, avant la tétée et après, les soins que réclame la stricte propreté aussi bien du côté de la bouche de l'enfant que du sein maternel.

Le bébé peut présenter quelques troubles gastro-intestinaux, nous avons vu, qu'à moins d'être antérieurs à la maladie maternelle, ils apparaissent et disparaissent avec la fièvre de la nourrice. On ne doit pas s'en inquiéter outre mesure, sans pour cela négliger les soins d'usage en pareil cas.

Enfin, surveiller les tétées est chose indispensable. La sécrétion lactée diminuant chez la mère, on sera parfois, obligé devant l'insuffisance du lait et l'amaigrissement du nourrisson, de recourir, momentanément, à l'allaitement mixte.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Femme de 31 ans. Scarlatine. — Enfant, 19 jours, nourri au sein, reste indemne.

Armandine B..., femme H..., accouchée le 24 mars 1902. La malade a commencé à souffrir de la gorge le 8 avril, céphalée le 11 ; éruption dans la nuit du 11 au 12. Elle entre à l'hôpital Pasteur le 12 avril 1902, avec son enfant Sidonie B..., âgée de 19 jours et nourrie au sein.

A l'entrée, on constate que la mère présente un exanthème scarlatin généralisé : la gorge est rouge, la langue rouge et luisante sur les bords et la pointe. Température, 38°7.

Le 19, la température, qui avait progressivement baissé, tombe à la normale.

Le 24, albumine ; les 26, 27, la température, à 37° le matin, monte le soir à 38°7.

Le 27 et le 29, 39°3 et 39°. Augmentation de la quantité d'albumine. Point de congestion à la base droite en arrière. Le lendemain, défervescence brusque, 37°. Les jours suivants, l'albumine diminue et tout rentre dans l'ordre.

L'enfant n'a pas cessé d'être allaité par sa mère ; au moment où celle-ci a fait sa seconde poussée fébrile, le bébé a eu des selles vertes, la température s'est élevée à 38°, et il a présenté une éruption polymorphe avec

quelques vésicules, en rapport vraisemblablement avec son état gastro-intestinal. A aucun moment, il n'a eu la scarlatine. A sa sortie, il est bien portant et pèse 5 k. 350.

OBSERVATION II

Femme de 33 ans, spécifique. Scarlatine. -- L'enfant 2 mois, nourri au sein, ne prend pas la maladie.

Thérèse K... a eu 10 enfants dont les 5 premiers sont morts-nés. Début de la maladie actuelle le 14 avril 1902 : mal à la gorge, nausées. Eruption le 15. Entre le 18.

A son arrivée : gorge légèrement rouge, la langue desquame, éruption scarlatineuse généralisée. La scarlatine évolue normalement.

Les particularités que la malade a présentées sont d'un autre ordre : furoncle dans la région vulvaire, ulcérations spécifiques aux jambes qui, traitées par la liqueur de Van Swieten en ingestion, sont en bonne voie de guérison quand la malade sort, le 6 juin, sur sa demande.

L'enfant n'a pas cessé d'être allaité. Sauf le lendemain de son arrivée, où il a eu des selles diarrhéiques, fétides, et une température de 38°4 qui est d'ailleurs tombée 12 heures après, il n'a présenté aucun trouble, ni fièvre, ni éruption.

OBSERVATION III

Femme de 22 ans. Scarlatine. — Enfant de 1 mois, nourri au sein, ne prend pas la scarlatine.

Marie L..., femme de chambre, accouchée il y a un mois. Reste 13 jours à la Maternité, puis va à Fontenay-aux-Roses en convalescence.

Les 7 et 8 mai 1902, angine. Le 10, éruption sur le thorax et les membres inférieurs. Elle entre, le 12, à l'hôpital Pasteur, avec son nourrisson âgé de un mois.

L'éruption est en voie d'effacement. La gorge est encore rouge et douloureuse, la langue desquame sur les bords. Le 21, desquamation de la peau. Les 1^{er}, 2, 3 et 4 juin 1902, la température monte par oscillations progressives jusqu'à 39°3, descend le 5, et le 6, au soir, est retombée à 37° sans qu'on ait pu trouver d'explication à cette poussée fébrile. Dès lors, rien d'anormal.

L'enfant chétif, maigre, a, pendant les 10 premiers jours de la maladie de sa mère, un peu de diarrhée, de la mastite à gauche. Il boit mal ; le 16, on donne de l'eau albumineuse et dans les jours qui suivent on espace les tétées. Il n'a point présenté d'éruption et, à sa sortie, il est en meilleur état, ayant gagné près d'un kilogramme dans les quinze derniers jours.

OBSERVATION IV

Femme de 27 ans. Scarlatine. — Enfant, 3 mois, nourri au sein, reste bien portant.

Louise H..., femme B..., entre à l'hôpital Pasteur le 24 mai 1902. Après son accouchement, elle était allée à Fontenay, dans une maison de convalescence, où régnait la scarlatine.

Au moment où elle arrive, elle est malade depuis 24 jours et termine sa desquamation.

L'enfant n'a pas cessé d'être allaité et ne présente aucun symptôme morbide.

OBSERVATION V

Femme de 19 ans. Scarlatine. — Le nourrisson, âgé de 3 semaines, ne prend pas la scarlatine.

Alice B... est accouchée le 3 mai 1902, à Baudelocque. Elle en est sortie le 15 et entre dans un asile où un cas de scarlatine s'est produit 8 jours auparavant.

Le 23 mai, céphalée, courbature.

Le 24, mal de gorge, éruption.

Le 26, elle entre à l'hôpital Pasteur. L'exanthème scarlatin est en voie d'atténuation. La gorge est rouge, la langue est dépouillée. Température, 38°2. Scarlatine normale. Sortie au bout de 40 jours.

Le bébé est resté au sein et n'a pas contracté la maladie. Il a présenté seulement des selles diarrhéiques, de l'érythème fessier, et deux poussées de température en rapport avec un écoulement d'oreille.

OBSERVATION VI

Femme de 18 ans. Scarlatine. — Son enfant, 21 jours, nourri au sein, ne prend pas la maladie.

Albertine C..., 18 ans, vient du même asile. Accouchée il y a 20 jours. Depuis hier, mal à la gorge, céphalée, rougeur diffuse sur tout le corps. Elle entre à l'hôpital. Température, 38°6. Le lendemain soir poussée : 39°2, céphalée, l'angine s'est accentuée ainsi que l'éruption. Le diagnostic de scarlatine n'est pas douteux. Evolution normale.

L'enfant n'a pas cessé d'être allaité par sa mère, et n'a présenté aucun trouble qui ait pu faire penser à la scarlatine.

OBSERVATION VII

Femme de 27 ans. Scarlatine. — Son enfant, nourri au sein, 4 mois, n'a pas pris la scarlatine.

Rosina V..., 27 ans, entre à l'hôpital Pasteur, le 31 juillet 1902, en pleine éruption de scarlatine ; angine. Température, 39°. Les jours suivants, alors que la température baisse progressivement, on note de la céphalée, de l'oligurie, un peu d'albumine. Puis, tout rentre dans l'ordre. Le 12 août, la desquamation com-

mence aux mains et au cou. Le 17, la malade sort sur sa demande.

Le nourrisson, âgé de 4 mois, a présenté, 6 jours après son arrivée, une poussée thermique, 38°, un érythème rubéoliforme sur le thorax, l'abdomen et le cou. Cet érythème avait disparu le lendemain ; il n'y a rien eu dans la gorge, ni sur la langue. Au 14^e jour, éruption sérique discrète : comme d'usage, l'enfant avait reçu à son arrivée une éruption préventive de sérum antidiphthérique.

OBSERVATION VIII

Femme de 27 ans. Scarlatine. — L'enfant, âgé de 2 mois, nourri au sein, reste indemne.

Adeline D..., femme R..., 27 ans, entre à l'hôpital Pasteur le 24 août 1902. Scarlatine nette. Température, 38°3. La maladie évolue normalement. Au 12^e jour, desquamation abondante. Au 15^e jour, 37°7, abcès dentaire. Sort au bout de 40 jours, parfaitement guérie. L'enfant n'a pas cessé d'être nourri au sein et il est resté bien portant.

OBSERVATION IX

Femme de 22 ans. Scarlatine. — L'enfant, nourri au sein, âgé de 5 mois, reste indemne.

Léa P..., femme H..., corsetière, a commencé à souffrir de la gorge le 5 octobre 1902. Le lendemain, courbature générale, céphalée, fièvre, dysphagie intense. Le 7, éruption scarlatiniforme qui a débuté par la partie supérieure du thorax, diminution de l'angine. La fièvre, la céphalée diminuent. Bourdonnements d'oreilles.

Entre à l'hôpital Pasteur le 7 octobre. Température,

39°2. Scarlatine normale. Pas d'albumine. Le 14, la desquamation commence.

Le lendemain de son arrivée, l'enfant présente une légère ascension de température, 37°6, diarrhée. Le lendemain, il revient à 37°. Pendant deux jours seulement, on a dû, à cause de la diminution du lait de la mère, donner l'allaitement mixte. Le bébé n'a pas pris la scarlatine.

OBSERVATION X

Femme de 25 ans. Scarlatine. — Son enfant, 24 jours, nourri au sein, ne prend pas la scarlatine.

Marie B..., blanchisseuse, entre à l'hôpital Pasteur, pour scarlatine, le 17 mai 1903. Le début date de la veille ; elle a d'abord eu de l'angine avec dysphagie. A son entrée, la gorge est rouge, les amygdales grosses sans exsudat. Température, 39°4. Le lendemain, insomnies, nausées. Le 20, éruption scarlatineuse généralisée. Langue framboisée. Le 23, la défervescence est terminée. Le 26, poussée thermique, rhumatisme scarlatin dans le bras droit. Pour le reste, scarlatine simple, pas d'albumine.

Son enfant, Andrée, n'a pas cessé d'être allaité par sa mère, et n'a présenté aucun trouble, sauf un peu de réaction due au vaccin (37°5) et une aiguille thermique à 38°, le 16^e jour en rapport probablement avec l'éruption sérique.

OBSERVATION XI

Femme de 33 ans. Scarlatine. — Son enfant, âgé de 3 semaines, ne prend pas la scarlatine.

Marie B... entre à l'hôpital Pasteur le 16 juillet 1903. Elle est malade depuis 3 jours ; mal de gorge, céphalée,

courbature, fièvre. Hier, apparition d'une éruption sur la poitrine.

A son entrée, la gorge est rouge, les amygdales grosses, la langue saburrale, éruption scarlatiniforme généralisée. Température, 39°3.

Le 20 juillet, douleurs dans les articulations des mains ; le 21 et 22, les douleurs s'étendent à tout le membre supérieur. Il y a du gonflement au niveau du dos des mains.

Le 22, température 36°8. Les douleurs ont disparu. Pas d'albumine. La desquamation se fait sans incident. Les 15 et 16 août, la température dépasse 38°, en rapport avec une angine.

La malade sort guérie le 28 août. Son enfant, Jacques, n'a pas pris la scarlatine. Le lendemain et le surlendemain de son arrivée, ils a seulement présenté de la diarrhée, des selles vertes. (6 par jour.)

OBSERVATION XII

Femme de 24 ans. Scarlatine. — Enfant, prématuré, âgé de 1 mois, nourri au sein, ne prend pas la scarlatine.

Charlotte P... a eu 3 grossesses terminées par un accouchement avant terme. Les deux premiers enfants sont morts, l'un une heure après l'accouchement, l'autre quelques jours après. La 3^e grossesse s'est terminée il y a un mois par un accouchement, en siège, d'un enfant de 8 mois. Pendant toute cette grossesse, rhinite persistante.

La malade entre à l'hôpital Pasteur, le 6 octobre 1903, pour scarlatine. Le début date de 8 jours : lassitude, rachialgie, mal de gorge, vomissements. L'éruption a débuté il y a 3 jours à la poitrine.

A son entrée, l'éruption scarlatineuse s'est étendue à tout le corps, sauf la face. La gorge est rouge, quelques points blancs sur les amygdales. Douleur à la dégluti-

tion, adénopathie cervicale douloureuse. Température, 38°4. Scarlatine normale sans incident.

L'enfant Antonine P..., âgée de 1 mois, prématurée, a de la rhinite depuis sa naissance. À son arrivée, érytème fessier. Enfant chétif, pèse 2.500 gr. à l'arrivée, 3.000 grammes à sa sortie, malgré la diarrhée et les vomissements qui se sont produits plusieurs fois pendant la maladie de la mère. Il n'a pas pris la scarlatine.

OBSERVATION XIII

Femme de 24 ans. Scarlatine. — L'enfant, 6 semaines, nourri au sein, n'a pas pris la maladie.

Victorine P..., femme H..., a été prise de céphalée, mal de gorge et fièvre il y a 4 jours. Elle est entrée à l'Hôtel-Dieu, où elle est restée deux jours et d'où on l'envoie à Pasteur avec la scarlatine, le 10 novembre 1903.

A son entrée, éruption scarlatineuse, langue framboisée, angine sans exsudat. Exanthème bucco-pharyngé. La scarlatine a été assez sérieuse, éruption intense, jetage nasal, angine douloureuse persistante, otite gauche.

L'enfant, Marthe H..., n'a présenté absolument aucun trouble pendant la maladie de sa mère.

OBSERVATION XIV

Femme de 19 ans. Scarlatine. — Son enfant, 15 jours, nourri au sein, ne prend pas la scarlatine.

Eugénie R..., 19 ans, domestique, est accouchée il y a 15 jours. Elle est envoyée de la Maternité à l'hôpital Pasteur, pour scarlatine, le 3 novembre 1903. Début

de la maladie, il y a deux jours, par mal de gorge s'accompagnant de symptômes généraux : fièvre, céphalée, nausées. Le lendemain, apparition d'une éruption scarlatineuse qui, à son entrée, s'étend sur tout le tronc. Langue typique. Scarlatine normale sans incidents.

Le bébé, une fillette âgée de 15 jours, qui avait 36°6 à son arrivée, le 3 novembre au matin, a le même soir 39°. Rien dans la gorge, pas d'éruption. Mais elle a eu six selles diarrhéiques dans la journée. Le lendemain matin, 37°3 ; dans la journée, 4 selles. L'état gastro-intestinal va en s'améliorant, la température n'a pas remonté.

L'enfant n'a pas pris la scarlatine.

OBSERVATION XV

Femme de 36 ans. Scarlatine. — L'enfant, 17 jours, nourri au sein, n'a pas pris la scarlatine.

Marie V..., femme J..., âgée de 36 ans, est accouchée il y a 18 jours à la Maternité. De là, elle a été envoyée dans une maison de convalescence où régnait une épidémie de scarlatine.

Malade depuis 6 jours, début par malaise général, puis céphalée, rachialgie, nausées, pas d'angine nette.

Depuis deux jours, éruption. A son entrée, 14 décembre 1903, la céphalée a disparu. La langue est saburrale, la gorge un peu rouge, pas de dysphagie. Eruption scarlatineuse généralisée, accentuée surtout sur les cuisses. Le desquamation s'amorce sur la poitrine et le bassin.

L'enfant, Marie-Louise, n'a eu d'autres troubles que quelques selles vertes les premiers jours. L'allaitement n'a pas été interrompu.

OBSERVATION XVI

Femme de 21 ans. Scarlatine. — L'enfant, âgé de 15 jours, n'a pas pris la scarlatine.

Geneviève M... a terminé sa grossesse à l'asile Michélet. Accouchement normal chez une sage-femme. Puis la malade entre dans une maison où elle est en contact avec des femmes scarlatineuses. Entrée à l'hôpital Pasteur, le 14 décembre 1903, avec la scarlatine. Le début date de 2 jours, malaise général, céphalée, mal de gorge. Le matin de son entrée, éruption peu intense, diffuse sur tout le corps, sauf la face et les membres inférieurs. La gorge est rouge. Adénopathie cervicale douloureuse à droite. Bon état général.

L'enfant, Alice M..., 15 jours, a présenté des troubles gastro-intestinaux et une otite à droite. Rien du côté de la gorge, pas d'éruption, pas de fièvre.

OBSERVATION XVII

Femme de 18 ans. Scarlatine. — Enfant de 2 mois, nourri au sein, n'a pas pris la scarlatine.

Alexandrine D... arrivée à Paris quelques jours auparavant avec son enfant, pour y trouver une place de nourrice.

Le 24 janvier 1904, au réveil, douleur à la déglutition. Eruption cutanée s'étendant rapidement sur tout le tronc. Elle entre à l'hôpital Pasteur. La gorge est rouge, la langue est vernissée, l'éruption est très nette. Scarlatine normale.

L'enfant, âgé de 2 mois, n'a pas cessé d'être allaité par sa mère. Il n'a pas pris la scarlatine. Il avait un gros ventre, de la diarrhée avant la maladie de la mère. Les selles ont été diarrhéiques pendant presque tout

son séjour à l'hôpital. Aussi son augmentation de poids n'est-elle pas satisfaisante, près de 500 grammes en 43 jours.

OBSERVATION XVIII

Femme de 23 ans. Scarlatine. — L'enfant, nourri au sein, âgé de 17 jours, n'a pas pris la scarlatine.

Augustine P..., domestique, est accouchée il y a 17 jours. Sortie de la Maternité en bon état. Entre à l'hôpital Pasteur pour scarlatine, ayant débuté il y a 3 jours par angine, céphalée. L'éruption est apparue le lendemain.

A son entrée : éruption scarlatineuse sur le tronc et les membres supérieurs. Gorge rouge, exsudat pultacé sur l'amygdale gauche. Déglutition douloureuse, langue saburrale. Ganglions légèrement hypertrophiés et douloureux. Bon état général.

Son enfant, Aimé P..., âgé de 17 jours, n'a pas cessé d'être allaité et n'a présenté aucun trouble.

OBSERVATION XIX

Femme âgée de 18 ans. Scarlatine. — Son nourrisson, 20 jours, est resté sain.

Amélie M..., accouchée normalement il y a 20 jours. Début de la maladie actuelle, il y a 3 jours. L'éruption est apparue sur le tronc et s'est rapidement généralisée.

A son entrée, 16 octobre 1904, l'éruption scarlatineuse est généralisée. Langue saburrale au centre, rouge sur les bords et à la pointe. Gorge rouge, bon état général, malgré la fièvre élevée, 39°4. Scarlatine normale.

L'enfant n'a pas cessé d'être allaité et n'a pas été malade.

OBSERVATION XX

Femme de 25 ans. Scarlatine. — L'enfant, 16 jours, nourri au sein, n'a pas pris la scarlatine.

Marianne T..., domestique, accouchée il y a 16 jours. 12 jours après : angine, nausées, fièvre. Le lendemain, éruption.

Entrée le 27 avril 1906. A son entrée : langue saburrale, gorge rouge, adénopathie douloureuse. Déglutition difficile. Eruption scarlatiniforme généralisée. Scarlatine sérieuse : angine longue, douloureuse, albumine pendant plusieurs jours. Sort le 20 juin, guérie.

Son bébé Robert, 16 jours, n'a pas cessé d'être allaité par sa mère. Il n'a pas pris la scarlatine. Selles vertes les 3 premiers jours.

OBSERVATION XXI

Femme de 33 ans. Scarlatine. — L'enfant, 1 mois, nourri au sein, n'a pas été pris.

Amélie D..., accouchée il y a 1 mois. Depuis 4 jours, angine, douleur à la déglutition. Entre le 3 mai 1906 à l'hôpital Pasteur. Scarlatine typique. Evolution normale. Un peu de rhumatisme.

L'enfant, nourri au sein, est resté bien portant. Il a eu quelques selles vertes, diarrhéiques pendant 3 jours, lors de l'entrée à l'hôpital.

OBSERVATION XXII

Femme de 22 ans. Scarlatine purepérale. — L'enfant a dû être isolé au 3^e jour. Prématuré de 7 mois $\frac{1}{2}$.

Louise E..., prise 4 jours après l'accouchement de fièvre, pas d'angine. Le lendemain, éruption scarlatineuse généralisée.

Le 24 avril 1906, à son arrivée, au 3^e jour de la maladie, l'éruption s'est accentuée. L'état de la malade est très sérieux. Température à 40°. Vomissements. Facies grippé. Utérus gros, mou, col ouvert (2 doigts). Lochies abondantes, fétides. On est obligé de séparer l'enfant de sa mère.

Les jours suivants, injections intra-utérines. Rhumatisme violent.

Le 7^e jour, la température commence à baisser. Les lochies sont redevenues normales, peu abondantes et non fétides. Convalescence sans incidents.

L'enfant, nourri au biberon, n'a pas pris la scarlatine. Poids à l'arrivée, 2 kilos ; 40 jours après, 3 kil. 40.

X

CONCLUSIONS

1° La scarlatine n'est pas une rareté au cours de la première année.

2° Le nourrisson d'une femme atteinte de scarlatine peut être laissé au sein. Très généralement, il ne prend pas la maladie.

3° Des théories qu'on peut émettre pour expliquer ce fait, celle de l'immunisation passive donnée à l'enfant par le lait maternel, est celle qui satisfait le mieux l'esprit. Mais, dans l'état actuel de la science, on ne peut la tenir pour démontrée.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu bon à imprimer :
Le Président de la thèse,
HUTINEL.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIART.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et BENSAUDE : *Semaine médicale*, 1896, p. 303.
- APPERT : La Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895.
- JOHN ALLAN : Scarlatine chez un enfant de 3 semaines, *British medical Journal*, 18 mars 1905, p. 593.
- BOHN : in *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1869.
- BUSSY : *Thèse de Paris*, 1879.
- BERGÉ : *Thèse de Paris*, 1896.
- BERNOUILLI : *Corresp. Bl. f. schweizer Aertzte*, 1875.
- BONNAVES : *Thèse de Toulouse*, 1902-1903.
- CALMETTE et BRETON, CALMETTE et GUÉRIN : *Académie des Sciences*, 1906.
- CHARPENTIER : *Thèse de Paris*, 1897.
- COUATARMANACH : *Thèse de Paris*, 1893.
- CHAUSSERIE-LAPRÉE : *Thèse de Paris*, 1900.
- CAIGER : Analyse de 1008 cas de Scarlatine entrés au *South Western Hospital* en 1890, in *Lancet*, 6 juin 1891.
- COMBY : *Société médicale des Hôpitaux*, février 1897, p. 279.
- DUFOUR : *Société médicale des Hôpitaux*, 2 juin 1905.
- DAMAIN : *Thèse de Paris*, 1891.

- DURAND : Scarlatine puerpérale, *Thèse de Paris*, 1890, 1891.
- EHRLICH : *Zeitschrift f. Hygiene*, 1892, T. XII, p. 183.
- GIRARD : *Thèse de Paris*, 1899.
- GUÉNIOT : *Thèse de Paris*, 1862.
- LANDOUZY et GRIFFON : *Société de Biologie*, 1897, p. 904.
- LEGENDRE : *Thèse de Paris*, 1881.
- LEROUX : *Société de Pédiâtrie*, 1900, p. 1.
- LESAGE : *Thèse de Paris*, 1877.
- LEGENDRE : *Société médicale des Hôpitaux*, 22 novembre 1895, p. 756.
- METCHNIKOFF : L'immunité dans les maladies infectieuses, p. 471.
- MOIZARD : *Traité des maladies de l'Enfance*, p. 118.
- LÉOPOLD MEYER : *Zeitschr. f. Gynekologie und Obs.*, 1888.
- MEYER : *Thèse de Paris*, 1886-1887.
- NAVARRE : *Thèse de Paris*, 1900.
- NOIROT : *Histoire de la Scarlatine*.
- ODENT : *Thèse de Paris*, 1887.
- PICOT : Art. *Scarlatine* in *Dictionnaire Jaccoud*, p. 513.
- PONS : *Union médicale*, 1864, 1^{er} volume.
- ROGER : *Revue de Médecine*, 1899 et 1900.
- ROGER : *Maladies infectieuses*, 1902.
- REMLINGER : *Annales de l'Institut Pasteur*, Tome XIII 1899, p. 129.
- RILLIET et BARTHEZ : *Maladies des Enfants*, Tome III, p. 207.
- SAINT-PAUL : *Thèse de Paris*, 1903.
- SCHUMACKER : *Zeitschr. f. Hygiene*, 1901, T. 37, p. 323.
- SALGE : *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 4 sept. 1905, p. 1149.
- SENN : *Thèse de Paris*, 1825.

SEVESTRE : *Société médicale des Hôpitaux*, 23 fév. 1906

TARNIER : *Traité de l'Art des Accouchements*.

VAILLARD : *Annales de l'Institut Pasteur*, 1896.

VIALLE : *Thèse de Paris*, 1900.

WELCH et SCHAMBERG : *Acute contagious Diseases*.

WURTZ : Dernière édition du *Traité de Médecine* de
Brouardel et Gilbert.

WIDAL et SICART : *Société de Biologie*, 1897, p. 804.

WASSERMANN et EHRLICH : *Zeitschr. f. Hygiene*, T.
XVIII, p. 248.

